FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939 N°

THÈSE

1156

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Rober BIJOUX
Né le 11 Juillet 1914 à Desertines (Allier)

Contribution à l'étude de la Syphilis Congénitale dans les dispensaires annexés aux Maternités

(Prophylaxie et Traitement)

Président : COUVELAIRE, *Professeur.*

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE
A. LAPIED
24, rue Monsieur le-Prince VI°

1939

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1939 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Rober BIJOUX
Né le 11 Juillet 1914 à Desertines (Allier)

Contribution à l'étude de la Syphilis Congénitale dans les dispensaires annexés aux Maternités

(Prophylaxie et Traitement)

Président : COUVELAIRE, *Professeur.*

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE
A. LAPIED
24, rue Monsieur-le-Prince VI

1939

LE DOYEN. . . . . TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY
Clinique médicale	LOEPER. CARNOT. CLERC. Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO. GOSSET. GREGOIRE. LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. JEANNIN. LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Clinique d'Assistance Médico-sociale	N...
Professeurs sans chaire	HAZARD. HOVELACQUE. MULON. OLIVIER. SANNIE. VERNE.

II. AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE ..... Pathologie chirurgicale.
BARIETY ..... Pathologie médicale.
BENARD (H.) . Pathologie médicale.
BERNARD (E.) . Pathologie médicale.
BESANÇON (J.) Hydrologie.
BOULIN ..... Pathologie médicale.
BULLIARD .... Histologie.
CATHALA .... Pathologie médicale.
CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
COSTE ..... Pathologie médicale.
DOGNON ..... Physique.
FEY ..... Urologie.
FUNCK ..... Pathologie chirurgicale.
GALLIARD .... Parasitologie.
GASTINEL .... Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
GAYET ..... Physiologie.
DE GENNES ... Pathologie médicale.
GIROUD ..... Histologie.
HAGUENAU .. Pathologie médicale.
HALPHEN .... Oto-rhino-laryngologie.
HUGUENIN ... Anatomie pathologique.
JOANNON .... Hygiène.
LACOMME .... Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL . Obstétrique.
LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
LAVIER ..... Parasitologie.
LELONG ..... Pathologie médicale.
LEMAIRE ..... Pathologie expérimentale.
LEVEUF ..... Pathologie chirurgicale
Mlle J. LEVY .. Pharmacologie.
LEVY-VALENSI . Neurologie et Psychiâtrie.
MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
MOLLARET ... Pathologie médicale.
MOREAU ..... Pathologie médicale.
MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN .... Pathologie médicale.
PETIT-DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
PIEDELIEVRE .. Médecine légale.
PORTES ..... Obstétrique.
RENARD ..... Opthalmologie.
RICHET ..... Physiologie.
SENEQUE ..... Pathologie chirurgicale.
TURPIN ..... Pathologie médicale.
VIGNES ..... Obstétrique.
WILMOTH .... Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE
pour le service des examens

MM.

ALGLAVE ..... Pathologie chirurgicale.
BUSQUET .....Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT Physiologie.
GUENIOT ..... Obstétrique.
HEITZ-BOYER .Pathologie chirurgicale.

LARDENNOIS .. Pathologie chirurgicale.
LE LORIER ...Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
SCHWARTZ ..Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL .. Obstétrique.

VI. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.	
ALAJOUANINE	Clinique médicale.
AUBERTIN	
BRULE	
CHABROL	
DONZELOT	
DUVOIR	
LIAN	
PASTEUR-VALLERY-RADOT	
SEZARY	

MM	
BASSET	Clinique chirurgicale.
BROCQ	
CADENAT	
GATELLIER	
MOURE	
QUENU	
VELTER	

MM.	
ECALLE	Clinique obstétricale.
METZGER	

V — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé . Education physique
LEDOUX-LEBARD ..... Radiologie clinique
RUPPE ..... Stomatologie
WEIL-HALLE ..... Puériculture

Par délibération en date du 9 décembre 1798, *l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur COUVELAIRE

qui m'a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse. En témoignage de ma profonde admiration et de mon respectueux attachement.

A MES MAITRES

Monsieur le Professeur LOEPER
Professeur de Clinique Médicale
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine

Monsieur le Docteur ARMAND-DELILLE
Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades

Monsieur le Docteur BRODIN
Médecin de l'Hôpital des Ménages

Monsieur le Docteur DEHAY
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine

A MES AUTRES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Monsieur le Professeur SERGENT.

Monsieur le Professeur LENORMAND.

Monsieur le Professeur OMBREDANNE.

Monsieur le Docteur A. LEMAIRE.

Monsieur le Docteur LACOMME.

Monsieur le Docteur MONBRUN.

Monsieur le Docteur René BENARD.

PROPHYLAXIE ET TRAITEMENT

Au cours de notre exposé assez rapide de la syphilis congénitale, nous essaierons surtout de montrer le rôle important que jouent actuellement les dispensaires anti-vénériens et principalement ceux qui ont été annexés aux Maternités. C'est à propos d'une statistique établie au dispensaire des maladies héréditaires de la Maternité Baudeloque que nous avons remarqué combien cette nouvelle action médico-sociale est capable de succès dans la lutte contre la syphilis.

HISTORIQUE

Depuis la connaissance de la syphilis, la notion de son hérédité a été envisagée.

Déjà, en 1572, Ambroise Paré, par la seule clinique constatait les stigmates de l'infection transmise par les procréateurs aux nouveaux-nés et peu après ces derniers « baillent la vérole à autant de nourrices qui les allaitent ».

Schauduin et Hoffmann n'apportèrent qu'au XX^e^ siècle la preuve bactériologique de cette maladie.

Mais dès avant la connaissance du tréponème et de sa présence confirmée dans les organes des fœtus syphilitiques, de nombreuses thérapeutiques, de nombreux essais prophylactiques furent tentés.

Jusqu'à la moitié du XVIII^e^ siècle, on ne fit pourtant nul effort contre la syphilis congénitale.

Les parturientes qui présentaient des signes de l'infection étaient bannies des maternités. Redoutant la contamination des autres femmes enceintes d'apparence saine et celle du personnel médicale, on refusait asile et traitement à ces malheureuses malades. Tout juste les accouchait-on dans une salle réservée à cet usage à l'Hôtel-Dieu pour constater, hélas! les résultats déplorables d'un mortinatalité formidable. Les rares nouveau-nés survivants faisaient l'objet, par un décret datant de 1780, d'une déclaration obligatoire à la Police. Par surcroît, ces mères malheureuses se voyaient infliger non seulement un traitement mais des pénalités sociales.

C'est alors que naquit de la collaboration des méde-

cins et des pouvoirs publics la fondation d'une Maison maternelle pour syphilitiques en 1780.

Réalisée à l'Hospice de Vaugirard, cette initiative n'apporte pas longtemps tout le bien désiré. En effet, on y traitait les mères avant l'accouchement, mais aussi après, espérant ainsi que le passage de l'agent mercuriel dans le lait des nourrices amènerait la guérison des nourrissons. L'extension de la « Pouponnière » réservée aux enfants privés de leur mère coïncida fatalement avec un accroissement de la mortalité.

Plus tard, les « Asiles Welander » crés un peu dans toute l'Europe, devaient assurer aux enfants syphilitiques une meilleure surveillance médicale. L'un d'eux, à Montgeron, annexé à la Clinique Baudeloque, fonctionne encore.

Peu à peu, les organisations entreprises sur le type des hôpitaux anti-vénériens périclitèrent.

Un réel progrès dans la prophylaxie de la syphilis congénitale fut accompli par la fondation de dispensaires anti-syphilitiques annexés aux Maternités.

Une connaissance plus exacte de la maladie syphilitique, aidée par les données biologiques modernes apprit la lenteur évolutive que peut présenter cette infection, la fréquence des phases muettes, de formes atténuées capables de réveils. A côté de la syphilis congénitale de première génération, on reconnut l'Hérédosyphilis de seconde génération.

Mais la nécessité d'un traitement prolongé, de séries de cures, rendait incompatible avec une vie sociale normale la méthode d'hospitalisation. En 1899, A. Fournier déclarait à l'Académie de Médecine : « Ce n'est pas avec des Hôpitaux qu'on peut traiter et stériliser

la syphilis, mais avec un système fortement organisé de consultations externes ou de dispensaires multiples méthodiquement répartis dans les divers quartiers de la capitale. »

Dans les Maternités, malgré les essais thérapeutiques par le 606 ou le 914, la syphilis exerçait toujours ses ravages sur le taux de mortalité infantile. « Combien de fois (A. Couvelaire), ne voyait-on pas de femme ayant expulsé un fœtus syphilitique dans nos services, y revenir ultérieurement expulser encore des fœtus syphilitiques morts, sans qu'aucun traitement ait été, je ne dis pas conseillé, mais réellement suivi dans l'intervalle des gestations et dans tout le cours de la nouvelle gestation? » Pratiquement, en effet, ce traitement n'était observé correctement que durant le passage à la Maternité.

L'idée de Fournier se réalisa en février 1919. A la Maternité Baudeloque fut annexé un dispensaire ouvert aux femmes enceintes, mères nourrices, nourrissons et aussi aux pères et aux enfants déjà nés. Cette nouvelle formule se révéla médicalement et moralement encore préférable à celle tentée en Belgique par Lakaye et Lamalle. Il y a loin de cette conception moderne de la lutte, contre la syphilis familiale à celle de l' « Hospice des Vénériens » de Ricord et de la Maison de Vaugirard.

La collaboration des syphiligraphes et des accoucheurs, puis celle des pédiatres donna rapidement d'excellents résultats. Aussi, depuis 1919, l'Assistance Publique a-t-elle multiplié à Paris et dans toute la France des Institutions de maisons de Puériculture et des dispensaires anti-vénériens annexés ou non aux

Maternités. A ce sujet, nous devons particulièrement rendre hommage à la mémoire encore récente du Docteur M. Pinard : il fut l'un des promoteurs les plus connus de notre siècle de cette nouvelle lutte contre la syphilis congénitale et collabora de la façon la plus active avec notre Maître le Professeur Couvelaire à la direction du dispensaire, annexé depuis vingt années à la Clinique Baudeloque.

Rappels étiologiques.

Différents modes de transmission de la syphilis à l'œuf.

Il n'est pas superflu de savoir d'où vient le tréponème et où il siège afin de pouvoir le combattre efficacement.

1° Lorsque père et mère sont syphilitiques, le problème se résoud de lui-même; le produit de conception pourrait difficilement ne pas être syphilitique;

2° Si la mère seule est syphilitique, le mode de contamination se peut encore aisément concevoir. Le placenta ne constitue pas un barrage au tréponème. Sa présence y a été décelée microscopiquement. Peu importe d'ailleurs, son mode de passage : à travers les villosités placentaires normales ou à la faveur d'hémorragies rétro-placentaires plus ou moins étendues.

Cependant, il est des exceptions à cette contamination d'origine maternelle : une syphilis contractée huit à quinze jours avant l'accouchement peut, à ce stade local épargner le fœtus. Mais ces cas sont des raretés rente va présenter plus ou moins tôt après sa naissance et en règle, l'enfant né à terme et en bonne santé appades signes de syphilis évidente.

3° Enfin, le père est parfois seul syphilitique. C'est l'hypothèse la plus rare, car la femme a généralement été contaminée par son mari lors d'autres rapports antérieurs à la fécondation. Cependant, il en existe des cas indéniables : des femmes fécondées lors des premiers rapports n'ont pas eu d'accident primaire et ont conservé une sérologie négative.

Nous n'entrerons point dans la discussion des nom-

breuses théories attribuant le transport du tréponème :

— les unes au spermatozoïde lui-même;

— les autres au sperme, véhiculant à côté du spermatozoïde le ou les tréponèmes jusque dans l'ovule.

Peu importe encore de savoir si, par la suite, la mère bénéficiera d'une immunisation ou contractera une syphilis conceptionnelle. Aucune preuve de certitude n'appuie jusqu'à présent, ces deux théories. Le fait important ici est de reconnaître la syphilis paternelle qui sera transmise à l'œuf, soit directement, soit par l'intermédiaire de la contamination maternelle.

En l'absence de traitement spécifique, toutes ces notions étiologiques présentaient autrefois un intérêt moindre; mais il était illusoire de compter tant sur l'atténuation spontanée de la syphilis par vieillissement de l'infection, que sur le rôle de filtrage plus ou moins démontré exercé par le placenta entre la mère et le fœtus (Lévy Solal).

PROPHYLAXIE ET TRAITEMENT

Nous envisagerons maintenant les moyens prophylactiques et thérapeutiques les plus courants de la syphilis congénitale en trois chapitres :

— avant la fécondation,

— durant la gestation,

— après la naissance.

Nous verrons ensuite que les dispensaires des maladies héréditaires permettent de réunir en un seul centre l'action anti-vénérienne à tous les stades.

I. — Avant la fécondation.

La véritable prophylaxie de la syphilis congénitale, la véritable sauvegarde des enfants issus de parents ayant été infectés par le tréponème, c'est, ainsi que le disait déjà L. Joubert, de Montpellier en 1578, la guérison des procréateurs avant la fécondation.

A l'heure actuelle, il semble bien que cette guérison soit possible et l'heure désirée viendra un jour où toutes les syphilis seront stérilisées avant la procréation.

La tâche serait facilitée si l'on n'autorisait le mariage qu'aux sujets indemnes de syphilis ou ayant reçu un traitement suffisant pour amener la guérison.

Chacun s'accorde à reconnaître que plus précoce est le traitement, plus rapides et meilleurs sont les résultats. L'idéal serait d'entreprendre une série d'arsénothérapie par exemple, dès que l'accident primaire vient signer la syphilis, avant la positivité des réactions sérologiques, alors que la syphilis reste une lésion lo-

cale, on peut espérer obtenir une abortion de la syphilis, guérison rapide définitive. (Thèse de Schwartz.)

Pourtant, même institué au tout début de la septicémie tréponémique, le traitement spécifique suffisamment prolongé enregistre encore assez de guérisons cliniques et sérologiques.

Enfin, trop souvent la syphilis primaire passe inaperçue surtout chez la femme, ou reste négligée et c'est à une période relativement tardive qu'une réaction sérologique pratiquée au cours d'un examen général révèle la tare syphilitique. Mais il n'est jamais trop tard pour instituer le traitement : les risques de guérison ou tout au moins d'atténuation qu'il procure valent la peine. Les résultats sont, en effet, très variables et l'on ne peut prévoir exactement quelles seront les guérisons et quelles seront les syphilis rebelles.

Pourtant, dans l'ensemble, il nous est possible de scinder deux ordres de faits :

a) Un traitement bien dirigé (arsénothérapie, par exemple, institué très précocement, dès l'apparition du chancre, empêcherait la septicémie tréponémique et selon certains réaliserait dans des cas très rares, une abortion de la syphilis.

Malheureusement, la génération de l'infection est parfois contemporaine du chancre, comme le prouve une sérologie déjà positive. Souvent aussi, pour des raisons plus ou moins motivées, la thérapeutique n'est pas commencée dès les premiers jours du chancre. Dans de telles conditions, une ou deux séries ne suffiront plus à stériliser la syphilis. Pour la conduite générale du traitement, certains conseillent de faire après négativation de BW une dose de médicament équivalente à

celle employée pour atteindre cette négativité sérologique. D'autres moins éclectiques ont fixé des dates à la durée du traitement. Fournier parlait de quatre à cinq années. Actuellement, on s'accorde à une moyenne de un an pour la durée de la cure totale. Mais après cela, le malade reste pendant une seconde année sous la surveillance médicale sans aucun traitement spécifique. Des vérifications sérologiques sont pratiquées de temps en temps à intervalle de un à trois mois.

Au bout de deux ans, il faut procéder à une réactivation arsenicale. Celle-ci consiste (M. Pinard) en une seule injection d'arsénobenzol, puis en un nouvel examen de sang pratiqué trois semaines plus tard : cet examen doit rester négatif. Il ne reste plus alors qu'à faire l'épreuve de la P.L.

Trois éventualités en résumé dictent alors la conduite à suivre :

— la procréation est autorisée aux sujets dont le BW dans le sang reste négatif depuis un an et dont le L.C.R. est normal;

— la procréation peut être tolérée chez les sujets à BW, partiellement positif et liquide céphalo-rachidien normal, mais il est conseillé aux parents surtout à la mère de subir une série de traitement anti-syphilitique avant de procréer et il sera prudent de continuer chez la mère le traitement durant toute la gestation.

Enfin, il faut interdire de procréer aux sujets à BW même partiellement positif si leur liquide céphalo-rachidien n'est pas normal (lymphocytose, albuminose, réaction de benjoin et de BW). Ces malades ne constituent pas seulement un redoutable danger de syphilis

héréditaire, mais ils encourent en plus les risques personnels d'accidents nerveux graves tels que la paralysie générale, le tabès.

b) Mais de nos jours encore, la majorité des syphilitiques n'est pas traitée aussi précocement et correctement avant la procréation. La syphilis de l'un ou l'autre géniteur reste alors entièrement transmissible au fœtus. Pour expliquer la résistance de ces syphilis, on a invoqué des races différentes de tréponème possédant chacune une organotropie propre. C'est par une sorte de retranchement du tréponème dans certains organes qu'il échapperait à l'action thérapeutique spécifique. En fait, les syphilis résistant à la fois aux médicaments arsenicaux, mercuriels, bismuthiques sont exceptionnelles heureusement.

Plus encore ici que dans les autres cas est nécessaire la collaboration du syphiligraphe et de l'accoucheur. En effet, si la fécondation s'est faite par des procréations syphilitiques malgré un avis contraire du médecin, il est encore possible d'espérer obtenir un enfant vivant et normalement constitué pourvu que la mère s'astreigne à un traitement spécifique strict, sous une surveillance médicale étroite.

II. — Pendant la gestation.

C'est au moment de la gestation que le rôle de l'assistance sociale marchant de pair avec l'organisation des consultations pré-natales de femmes enceintes atteint son maximun d'activité. A la Maternité Baudeloque, cette collaboration médico-sociale instituée depuis

1919 n'a cessé de s'intensifier devant l'amélioration apportée depuis lors sur la mortinatalité due à la syphilis congénitale.

Pour chaque femme examinée à la consultation est établie une fiche d'observations mentionnant les antécédents physiologiques, pathologiques, obstétricaux, héréditaires. Si la moindre tare ou contagion est suspectée, le service social en est informé et procède à une enquête familiale. L'idéal consisterait évidemment à vérifier au début de chaque gestation la négativité des examens sérologiques maternel et paternel. Mais à ce sujet, nous rappellerons la possibilité d'une syphilis latente à Bordet-Wassermann négatif coïncidant avec une sérologie positive chez le procréateur.

Parmi les moyens de dépistage de la syphilis chez la femme enceinte, nous insistons sur l'importance des antécédents obstétricaux : la fréquence d'avortements spontanés, d'accouchements prématurés se rapprochant d'ailleurs du terme; des malformations fœtales ou ovulaires telles que l'hydramnios aiguë, la gemellité uni vitelline, l'hypertrophie placentaire. En l'absence d'un Bordet-Wasermann positif, ces signes ont une grosse valeur et orientant parfois vers une syphilis maternelle latente ou une syphilis du procréateur.

Pratiquement, l'on se contente trop souvent du Border-Wassermann dans le sang maternel. Sans doute, ce précieux appoint permet d'établir dans bon nombre de cas l'opportunité d'une thérapeutique anti-syphilitique; mais l'origine du mal peut rester virulente en la personne du procréateur qui transmettra derechef l'infection à chaque gestation.

Cependant, les résultats obtenus par le seul traitement de la mère valent la peine. Aussi, chaque fois que l'examen médical fait la preuve de la syphilis ou la pourra seulement suspecter, il est opportun de traiter la femme enceinte.

Parmi ces femmes, la thérapeutique visera plusieurs catégories :

— celles dont les examens sérologiques sont positifs;

— celles dont les antécédents pathologiques suspects ont donné lieu à un examen de Bordet-Wassermann après réactivation et qui s'est montrée complètement ou partiellement positive;

— celles aussi dont on observe dans les antécédents obstétricaux des accidents, des anomalies imputables à la syphilis en dépit d'un Bordet-Wassermann négatif.

Les thérapeutiques employées contre la syphilis pendant la grossesse sont toutes bonnes à condition d'être correctement administrées et scrupuleusement observées.

Certaines syphilis réagissent mieux aux arsenicaux, d'autres aux dérivés mercuriels ou bismuthiques; c'est pourquoi l'on ne saurait *à priori*, recommander une méthode de préférence à une autre. Avant tout, la susceptibilité individuelle à ces médicaments et la valeur organique de chaque malade devront guider le médecin : l'intégrité fonctionnelle rénale avant de prescrire le mercure, l'intégrité hépatique avant de prescrire les arsenicaux.

Le traitement arsenical est généralement le plus actif; il faut le préférer chaque fois qu'il est possible. A. Pinard conseille des séries de huit injections (une par semaine), espacées de repos de vingt et un jours au maximum. Il faut en effet, se hâter pour administrer en moins de neuf mois le maximum de médicament; pour cela un court repos est accordé entre chaque série et l'on tache d'arriver le plus vite possible à des doses élevées (1 centigr. par kg. pour l'arsénobenzol, 1 centigr. 5 par kg. pour le novarsénobenzol ou le sulfar).

Soit par exemple pour une femme de 60 kg. :

— 0 gr. 60 d'arsénobenzol,

— 0 gr. 90 de novarsénobenzol, sulfar.

Pour le 606, les doses initiales de chaque série seront: 10 cg., 20 cg., 30 cg. et même 40 cg. si l'on fait une quatrième série puis la dose augmente de semaine en semaine jusqu'au maximum requis par le poids du malade

Avec le 914, les premières injections de chaque série seront : 15, 30, 45 et 60 cgr.

Le sulfarsénol est administré selon la même méthode et aux mêmes doses que le novarsénobenzol. Mais ce sel d'arsenic injectable intra-musculaire présente l'avantage de pouvoir être employé plus aisément par n'importe quel praticien lorsque la voie intra-veineuse est difficile ou quasi impraticable.

La thérapeutique mercurielle est beaucoup moins employée :

— Soit le cyanure de mercure I.V. à la moyenne de 1 cgr. par jour;

— Soit l'huile grise intra-musculaire.

Les contre indications tiennent, soit à l'insuffisance du mercure, soit à l'intolérance se manifestant par la grippe mercurielle (stomatite, entérite).

STATISTIQUES

RESULTATS DES GESTATIONS CHEZ LES FEMMES T

Années	Nombre	GROUPE A			GROUPE B		
		Vivants	Morts	% de M.	Vivants	Morts	% d
1922	131	38	3	7,3	21	1	4
1923	114	37	1	2,6	26	3	10
1924	143	42	0	0	25	1	3
1925	172	43	2	4,4	32	2	5
1926	185	48	0	0	31	1	3
1927	171	35	0	0	26	0	0
1928	251	45	0	0	53	4	7
1929	246	40	0	0	63	1	1
1930	295	58	1	1,6	83	1	1
1931	245	46	1	2,1	65	1	1
1932	343	46	1	2,1	100	3	2
1933	213	20	0	0	66	2	2
1934	243	18	0	0	71	3	4
1935	200	5	0	0	57	1	1
1936	211	9	0	0	70	2	1
1937	179	5	0	0	51	3	5
1938	173	7	0	0	50	0	0
TOTAUX	3.515	542	9	1,6	890	29	3

Groupe A : Femmes traitées avant et pendant la grossesse.
Groupe B : Femmes ayant reçu deux ou trois séries pendant la gestation.
Groupe C : Femmes n'ayant reçu qu'une série.
Groupe D : Femmes ayant reçu un traitement notoirement insuffisant.

Enfants vivants : Enfants non seulement nés vivants, mais encore sortis vivants de la Maternité.

U DISPENSAIRE DE LA MATERNITE BAUDELOQUE

ROUPE C		GROUPE D			RECAPITULATION		
Morts	% de M.	Vivants	Morts	% de M.	Vivants	Morts	% de M.
7	14,8	12	9	42,8	111	20	15,2
1	3,4	16	2	11,1	107	7	6,1
4	8,1	18	8	30,7	130	13	9
5	7,9	26	5	16,1	158	14	8,1
3	5,1	33	14	29,8	167	18	9,7
6	8	22	13	37,1	152	19	11,1
5	5,6	38	22	36,6	220	31	12,3
10	10	30	12	28,5	223	23	9,3
5	4	11	18	62	270	25	8,4
4	4,2	24	14	29,1	225	20	8,1
12	7,9	27	15	35,7	312	31	9
9	9,6	23	9	28,1	193	20	9,3
6	5	27	5	15,6	229	14	5,7
5	5,3	23	11	32,3	183	17	8,5
2	1,9	19	8	29,6	199	12	5,6
6	6,5	20	8	28,5	162	17	9,4
2	2,1	14	10	41,6	161	12	6,9
92	6,2	383	183	32,3	3.202	313	9,7

STATISTIQUES GENERALES DU DISPENSAIRE DE LA MATERNITE BAUDELOCQUE

Années	Femmes vues pour la 1re fois	Enfants vus pour la 1re f.	Procréateurs	Examens sérologiques	INJECTIONS		
					Novar	Sulfar	Bismuth
1919	319	8	5	315	781		
1920	769	66	11	712			
1921	904	136	76	1.881	2.327	754	
1922	868	210	39	2.224	3.680	2.597	
1923	763	277	154	1.905	3.184	3.633	428
1924	827	308	210	1.940	3.381	4.297	479
1925	682	412	156	2.109	3.815	5.068	1.192
1926	673	465	168	2.281	3.969	5.545	1.850
1927	694	483	185	5.941	3.406	5.438	2.174
1928	762	635	160	5.674	4.047	6.303	2.070
1929	788	548	114	5.325	3.328	5.471	2.214
1930	842	587	101	6.927	3.607	4.757	2.826
1931	768	541	108	7.180	2.576	5.034	4.360
1932	902	620	196	6.905	3.144	5.506	4.602
1933	757	586	87	6.781	2.148	4.558	3.153
1934	750	631	89	6.934	1.814	4.097	3.709
1935	677	524	84	6.491	1.476	5.024	4.351
1936	581	545	64	5.731	1.093	5.550	5.502
1937	612	532	47	5.112	925	7.186	5.119
1938	648	471	74	5.156	1.181	6.823	5.231

En somme, le mercure garde des indications surtout dans la syphilis tardive et l'hérédo-syphilis. Ici, le traitement de la mère et par son intermédiaire du fœtus, est considéré comme syphilis récente et de fait, l'infection est récente pour le fœtus.

Quant à la thérapeutique par les solutions bismuthiques d'apparition plus récente, son efficacité semble intermédiaire au 914 et au mercure. Certes, dans la statistique générale des soins donnés au dispensaire de la Maternité Baudelocque, on observe une progression croissante des injection de bismuth. Sans doute connaît-on mieux ses indications et ses applications lors de ces dernières années. En effet, les avantages du traitement bismuthique sont certains dans les syphilis arséno résistantes, chez les malades intolérants à l'arsenic, chez les syphilitiques sujets aux hémorragies. Les inconvénients sont un peu ceux du mercure : la gingivite, la stomatite. Les accidents locaux, généralement bénins ne se voient pas si l'injection est faite correctement intra-musculaire profonde, sans toucher de vaisseaux sanguins.

Les résultats de ces différentes thérapeutiques sont confrontés dans une statistique dressée au dispensaire de la Maternité Baudelocque, de 1922 à 1938. Au cours de ces dix-sept années, plus de 3.500 femmes enceintes ont été accouchées (Cf. feuilles spéciales de statistiques).

Parmi elles, certaines (du groupe A) se sont astreintes à un traitement prolongé avant et pendant la grossesse. Presques toutes, peut-on dire, ont mis au monde un enfant vivant normalement conformé, sorti bien portant de la Maternité. Depuis 1933, on observe une mor-

tinatalité nulle dans cette catégorie et le total des dix-sept années ne donne que 1,6 % de mortalité : soit neuf enfants morts dès la naissance ou peu de temps après et 542 vivants et bien portants.

Mais la majorité des femmes (groupe B), n'ont été soignées que durant la gestation. Ici encore, la statistique n'est pas trop mauvaise pour les mères ayant reçu deux ou trois séries de piqûres. Le traitement, qui a duré la plus grande partie de leur gestation, leur a donné 890 enfants vivants contre 29 morts seulement, c'est-à-dire un peu plus de 3 % morts.

Déjà le traitement réduit à une seule série semble assez insuffisant puisqu'il est grevé d'une mortinatalité de 6,3 % (groupe C.).

Mais ce résultat est encore bien moins mauvais que celui des femmes du groupe D. Les rares injections reçues à date plus ou moins régulières sont réellement très insuffisantes et n'abaissent qu'à 32,3 % le taux de mortinatalité. Certes, cela vaut mieux encore que de ne faire aucun traitement, car autrefois, A. Pinard et Fournier ont rapporté une statistique de 47 % de mortinatalité.

Et même si l'on considère qu'une seule série de traitement arsenical ou bismuthique abaisse à 6 % le taux de la mortalité, soit moins de un enfant sur dix au lieu de un tiers, on est en droit de taxer de négligence criminelle les femmes refusant le moindre effort de bonne volonté pour recevoir des soins réguliers.

III. — Après l'accouchement.

Le rôle du pédiâtre va commencer dès la naissance de l'enfant. Il devra donc rester en contact avec l'accou-

cheur et le syphiligraphe qui ont déjà dirigé la thérapeutique avant et pendant la gestation. Comment à ce moment reconnaître la syphilis?

D'abord, nous rappellerons l'intérêt des antécédents comme dans les chapitres précédents; d'où les examens cliniques du père, de la mère, appuyés de leur sérologie, l'importance des antécédents obstétricaux.

D'autre part, l'examen du nouveau-né apporte souvent de précieux appoints au diagnostic de syphilis.

Parfois c'est chose facile. Sans insister sur la macération qui témoigne purement et simplement d'une rétention de fœtus mort, disons qu'il est des signes de certitude de syphilis quasi évidents tels que l'hépatomégalie énorme, la splénomégalie, l'ascite. De même on invoque aisément la syphilis devant la constatation de lésions muqueuses fissuraires situées près des orifices naturels, des lésions cutanées dont le pemphigus palmoplantaire réalise le type.

Plus tardifs que ces stigmates, mais suffisamment caractéristiques sont encore :

— le coryza syphilitique, apparaissant vers le vingtième jour après la naissance et se manifestant par un exsudat séro-purulent d'évolution traînante;

— la pseudo-paralysie de Parrot beaucoup plus tardive due à une épiphysite.

Parfois, le diagnostic est difficile et l'on n'a que des présomptions de syphilis.

Rarement en effet, l'enfant présente l'aspect classique du petit vieux. Mais généralement c'est un gros enfant de taille et de poids vraiment anormal chez une primi-

pare; par ailleurs, tout est trop volumineux : le liquide amniotique, le placenta.

Toute une série d'anomalies ou d'accidents plus ou moins graves feront encore suspecter la syphilis :

— telles les malformations congénitales, l'hydrocéphalée, la gestation gémellaire unichoriale;

— telles encore les hémorragies ombilicales récidivantes lors des premières heures de la vie;

— tels enfin d'apparition plus tardive : des accès de cyanose, une hémorragie méningée, du mœlena. Voire même des troubles de la croissance accompagnés de vomissements pouvant survenir des mois après la naissance.

Bref, en présence de l'un quelconque de ces symptômes, si l'étiologie reste obscure, il faut songer à la syphilis et tâcher d'en faire la preuve. Celle-ci s'appuiera sur un faisceau de signes cliniques tels que : l'hépatomégalie, la splénomégalie, une hydrocèle unilatérale, un cranio tabès, une adénite sus-épitrochléenne. Enfin le Bordet-Wassermann dans le sang n'est pas inutile; si sa négativité n'a point de valeur, par contre une réaction positive permet d'affirmer le diagnostic. Sans doute la prise de sang n'est pas facile à faire chez le nourrisson, même dans la veine jugulaire; mais on pourrait au moins fort aisément prélever un peu de sang au cordon lors de l'accouchement.

Signalons enfin, qu'en dépit de Bordet-Wassermann négatif et en l'absence de signes d'hérédo-syphilis du nourrisson, l'étude du rapport fœto-placentaire présente un certain intérêt.

Normalement, ce raport oscille autour de 1/6, c'est-à-dire que le fœtus pèse six fois plus que le placenta.

Le placenta syphilitique pèse en général plus que le poids normal (700 gr., 800 gr. et plus), d'où une augmentation du raport fœto-placentaire.

Le traitement des enfants syphilitiques peut s'envisager en deux chapitres : ceux qui ont une syphilis virulente, ceux qui ont une syphilis très virulente.

Dans le premier cas, les enfants ont souvent bénéficié d'un traitement au moins partiel administré à leur mère pendant la gestation. D'emblée, ils pourront recevoir des doses élevées si leur organisme paraît sain.

La méthode appliquée est semblable à celle de l'adulte : 1 centigr. ou 1 cent. 5 (suivant qu'on utilise le 606 ou le 914) par kg. de poids constituent la dose maxima à injection en une fois au cours des séries de huit piqûres.

Le sulfarsénol est pratiquement seul employé aux doses du 914 chez le nourrisson en raison de son maniement facile.

Quant au bismuth, il était peu employé, sauf chez le grand enfant jusqu'à ces dernières années. Les prescriptions sont alors calquées sur celles de d'adulte, toute proportion gardée.

En cas de lésions oculaires syphilitiques, le cyanure de mercure intra veineux rallie les préférences de la plupart des auteurs.

Mais d'autres enfants présentent des stigmates indéniables de syphilis. Des atteintes viscérales multiples témoignent de la virulence de l'infection. Un traitement intense ferait alors encourir de graves risques par une surcharge toxique infligée à l'organisme ou par exaltation de la virulence du germe. Il est donc prudent de

recourir dans ces cas à des médicaments peu actifs, administrés à doses répétées.

On utilise assez couramment les frictions mercurielles avec l'onguent napolitain pur ou dédoublé. Il faut frotter doucement pendant dix minutes environ, jusqu'à *secrété* de la peau et en évitant les régions pileuses. Ordinairement, on fait ces frictions à la face antérieure de l'avant-bras, au creux pollité; à la plante des pieds, aux parois latérales du thorax. La dose moyenne utilisée est de 0 gr. 15 d'onguent napolitain par kg. de poids et par friction.

Plus rarement, on prescrit la liqueur de Swieten, le lactate de mercure.

Ainsi nous l'avons vu, grâce à la prophylavie de la syphilis avant et pendant la grossesse, le taux d'hérédosyphilis est abaissé et la virulence de la syphilis transmise au fœtus est atténuée. Pourtant, l'enfant qui naît dans ces circonstances reste sous le coup d'une infection au moins latente. Parfois une ou deux séries d'injections d'arsenicaux seront le complément suffisant d'un traitement entrepris dès le début de la gestation. Souvent ce traitement sera poursuivi durant deux années pour obtenir un résultat définitif. Ces enfants n'en resteront pas moins toute la vie l'objet d'une surveillance médicale attentive.

IV. — Le dispensaire et son œuvre sociale.

Au cours des différents épisodes de la syphilis congénitale, de sa prophylaxie, de son traitement que nous avons brièvement exposés, il ressort la nécessité de

réunir sous une même organisation les différents facteurs capables de lutter efficacement contre la syphilis familiale. C'est dans ce but qu'ont été construits des dispensaires annexés aux Maternités. Celui de la Clinique Baudelocque fonctionne depuis vingt années.

On comprend aisément au point de vue moral, qu'une mère de famille préfère être soignée dans un établissement de ce genre, plutôt que dans des hôpitaux plus anonymes ou dans de grands dispensaires antivénériens où le seul mot de syphilis est jugé choquant en soi. Ce dispensaire des maladies héréditaires, dont l'initiative de la création et de la nouvelle appellation revent à notre Maître le Professeur A. Couvelaire, a fourni depuis vingt années les meilleurs résultats dans la lutte antivénérienne au sein des familles. Les soins étaient dirigés jusqu'à ces derniers mois par le regretté M. Pinard. Des assistantes sociales très dévouées et de haute compétence y remplissent le plus grand rôle du dépistage de la syphilis. Dès que l'interrogatoire ou l'examen médical ont suggéré la moindre suspicion à ce sujet, l'assistante sociale est avisée d'enquêter discrètement dans la famille. Guidée par le médecin, elle juge personnellement des conditions sociales et des valeurs morales; et par tous les arguments, ceux de la logique et ceux du cœur, elle conduit successivement la mère, les autres enfants et le père à la visite médicale.

Que de négligences ainsi réparées! Des sujets robustes, d'apparence saine ont eu la désagréable surprise de découvrir leur sérologie fortement positive et spontanément la plupart d'entre eux de réclamer qu'on leur applique de suite le traitement spécifique pour

guérir et donner le jour désormais à des enfants sans tares. Combien, hélas! plus nombreux encore après deux ou trois séries de piqûres se lassent de la résistance de leur mal, désespèrent de leur guérison et abandonnent leur traitement peut-être à la veille d'aboutir. Mais l'assistante sociale vigilante, connaît bien ces défaillances; elle sait consoler les malades, les encourager, user de persuasion et redonner confiance et parvenir enfin au succès.

Mais les dispensaires annexés aux Maternités ne sauraient monopoliser ni le traitement des enfants atteints de syphilis congénitale ni celui des adultes avant la procréation. Aussi a-t-on fondé et multiplié des dispensaires annexés aux services de pédiâtrie et des dispensaires d'ordre général. C'est ainsi qu'à Montgeron fonctionne en annexe de la Clinique Baudelocque une Maison d'enfants, surveillés et soignés après le sevrage : c'est un asile du type Welander.

La propagande pour ces dispensaires entreprise par le Docteur Faivre a été poursuivie par le Docteur Cavaillon a qui l'on doit la merveilleuse organisation actuelle. En 1924, il y avait 28 dispensaires en France. En 1938, on en compte 803 subventionnés par le Ministère de la Santé Publique.

CONCLUSIONS

1. — La meilleure prophylaxie de la syphilis congénitale réside dans le traitement du père et de la mère avant la fécondation.

II. — Le traitement spécifique bien administré pendant toute la durée de la gestation fournit encore d'excellents résultats.

III. — Le pourcentage de mortinatalité due à la syphilis décroît avec l'intensité et la durée de la cure antisyphilitique.

IV. — Après leur naissance, les enfants nés de parents syphilitiqes doivent recevoir un traitement fondé sur les mêmes directives que celui des malades adultes, chaque fois que la cure aura été insuffisante avant et pendant la gestation.

V. — Le centre d'action antisyphilitique familial est de nos jours parfaitement réalisé dans les consultations et dispensaires annexés ou non aux Maternités. Grâce au traitement ambulatoire, les malades conservent leur activité sociale. Un rôle de dépistage des plus importants est assuré par les Assistantes Sociales. Ainsi collaborent étroitement le syphiligraphe, l'accoucheur, le pédiâtre.

Vu le Doyen : *Vu le Président de thèse :*

TIFFENEAU, COUVELAIRE

Vu et permis d'imprimer :

le Recteur de l'Académie de Paris :

G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

A. Couvelaire. — Prophylaxie de la syphilis congénitale. Extrait de la Revue Française de Puériculture, 1933.

A, Pinard. — Armement anti-vénérien en France.

M. Pinard. — Immunité dans la syphilis. Thèse de Paris, 1909-1910, n° 385.

M. Pinard. — La syphilis dans ses rapports avec la fonction de reproduction.

MM. A. Couvelaire, M. Pinard, Lacomme, Levadité, Lévy-Solal. — Conférences 1923-1924 faites à la Clinique Baudelocque :

— Syphilis et Mariage.
— Syphilis héréditaire.
— Syphilis congénitale.
— Traitement de la syphilis congénitale.
— Syphilis de l'œuf et de ses annexes.

Pinasseau. — Syphilis congénitale. Thèse de Paris, 1939.

Montagne. — Syphilis héréditaire et prophylaxie. Thèse de Paris, 1938.

Orsat. — Syphilis et grossesse Influence du traitement arsenical sur le rapport fœto-placentaire.

Blanchet. — Syphilis du nouveau-né. Thèse de Paris, 1902.

Schwartz. — Abortion de la syphilis. Thèse de Paris, 1921.